DES

N° 146.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE

ET DE LEURS DIFFÉRENS MODES DE TRAITEMENT ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1^er^. juillet 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR J.-L. BOSSION, de l'Ile-Adam,

Département de Seine-et-Oise.

Ars medica tota in observationibus.
FRÉD. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy, *Examinateur.*
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Suppléant.*
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON EXCELLENT PÈRE.

Souvenir et regrets éternels!!!

A MA MÈRE.

Ses sacrifices ont été grands, sa tendresse est sans égale ; ma reconnaissance sera éternelle.

A MON ONCLE,

MONSIEUR BOSSION,

Chirurgien de l'hospice de Beaumont.

A MON FRÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

J.-L. BOSSION.

A MONSIEUR SÉGALAS,

Docteur et Agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris; Professeur de physiologie et de pathologie; Membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Témoignage de reconnaissance pour la bienveillance toute particulière dont il daigne m'honorer.

J.-L. BOSSION.

AVANT-PROPOS.

FAIRE une bonne monographie d'une maladie, quelle qu'elle soit, c'est toujours une tâche difficile à remplir, surtout pour un élève dont la propre expérience n'est encore que le résumé des opinions de ses maîtres, rapportées à un modificateur commun, son jugement. Aussi aurais-je voulu différer d'écrire ; mais, puisque la loi m'impose cette nouvelle épreuve, je vais prendre pour sujet de ma dissertation une maladie que j'ai pu observer dans les hôpitaux et dans la pratique d'un de nos médecins les plus réputés pour son traitement. (M. *Ségalas.*)

Je parlerai des rétrécissemens du canal de l'urètre et des différens procédés à l'aide desquels on peut les combattre. Me dépouillant de toute prévention, je chercherai à apprécier les traitemens mis en usage aujourd'hui, et à faire connaître les avantages de quelques instrumens nouveaux. Trop heureux si, marchant sur les traces de mon excellent maitre, je parviens à lui prouver que j'ai su mettre à profit les soins sans nombre qu'il prend pour me former à l'habitude de

ses opérations ! Trop heureux encore si, par la manière dont j'aurai fait mon travail, je puis le rendre digne de quelque intérêt ! Si le succès ne répond pas à mes efforts, j'aurai du moins fait preuve de zèle. C'est à ce titre que je réclame l'indulgence de mes juges et la bienveillance des personnes qui voudront bien jeter les yeux sur cet essai.

DES

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE

ET DE LEURS DIFFÉRENS MODES DE TRAITEMENT.

Anatomie de l'urètre. L'ANATOMIE est le flambeau de la chirurgie : je vais, avant de commencer la description des rétrécissemens de l'urètre, entrer dans quelques considérations sur la forme et la structure de ce canal.

L'urètre chez l'homme est le canal excréteur de l'urine et du sperme tout à la fois; il commence au col de la vessie, et se termine au gland par une ouverture, allongée de haut en bas, qu'on nomme *méat urinaire ;* il est long de huit à dix pouces, et courbé plusieurs fois dans le sens de sa longueur.

On distingue dans l'urètre trois parties, savoir :

1°. *Une portion prostatique.* Voisine de la vessie, elle traverse obliquement la prostate; elle a une longueur de douze à quinze lignes.

2°. *Une portion membraneuse.* Mince, rétrécie dans son étendue, elle correspond en arrière au rectum, et en avant à la partie inférieure de la symphyse du pubis; sa longueur varie entre huit et dix lignes.

3°. *Une portion spongieuse.* Elle commence en arrière par un léger renflement appelé *bulbe de l'urètre*, lequel se trouve immédiatement au-dessous de l'angle de réunion des racines des corps caverneux, et au-dessus des deux muscles bulbo-caverneux. Cette portion spongieuse s'épanouit en devant pour former le *gland.* Elle est logée en haut dans la gouttière des corps caverneux, et recouverte en bas par la peau. Sa longueur est de cinq ou six pouces.

Considéré à l'intérieur, l'urètre n'a pas la même largeur dans tout son trajet : assez dilaté à son origine du côté de la vessie, il se rétrécit bientôt, et se dilate de nouveau au centre de la portion prostatique, puis redevient plus étroit dans la portion membraneuse. La portion spongieuse, qui vient ensuite s'élargir dans le bulbe et conserve après une largeur moyenne dans tout le reste de son étendue, excepté vers son extrémité antérieure où elle offre une dilatation appelée *fosse naviculaire.* Enfin, son orifice est plus étroit. On remarque à l'intérieur de l'urètre encore quelques rides longitudinales, qui s'effacent lorsque l'on distend la membrane muqueuse qui les forme ; on y voit aussi deux lignes médianes blanchâtres, l'une supérieure, l'autre inférieure ; la ligne médiane inférieure aboutit postérieurement à une saillie oblongue, longue d'un pouce environ et continue en arrière avec la luette urétrale; c'est le *veru montanum* (*caput gallinaginis*). Cette saillie est formée par la membrane muqueuse, et contient dans sa partie la plus réculée une vaste lacune. Les orifices obliques des *conduits éjaculateurs* s'ouvrent sur ses côtés, ceux de *la prostate* à sa surface, et ceux des *glandes de* Cowper au devant d'elle.

Organisation de l'urètre. Dans toute son étendue, l'urètre est tapissé par une membrane muqueuse, laquelle est doublée dans ses deux premières portions par une membrane celluleuse, et dans la dernière par une couche d'un tissu mou et spongieux.

Membrane muqueuse. Elle se continue avec celle qui recouvre le gland et celle qui tapisse la vessie; elle est plissée sur elle-même dans

le sens de sa longueur, et garnie d'une infinité de petits trous, qui sont les lacunes dites de *Morgagni.*

Membrane cellulaire. Elle sépare la membrane muqueuse du tissu de la prostate. Au niveau de la portion membraneuse, elle prend de la densité, et se trouve fortifiée par les fibres des muscles releveurs de l'anus, bulbo-caverneux, transverse du périnée, et sphincter de l'anus.

Tissu spongieux. De nature érectile, il entoure les trois quarts antérieurs de la longueur de l'urètre ; assez épais au bulbe, il forme ensuite une couche mince et cylindrique jusqu'au gland où il se renfle pour former cet organe.

Le gland est donc le renflement antérieur du tissu spongieux ; son sommet est percé par l'orifice de l'urètre.

Les artères de l'urètre viennent de la honteuse interne ; ses veines suivent le trajet des artères ; ses nerfs émanent des nerfs honteux et fessier inférieur ; ses vaisseaux lymphatiques se rendent dans les plexus inguinaux et hypogastriques.

Des rétrécissemens.

Wilson appelle *rétrécissement du canal de l'urètre* « le résultat d'une altération morbide de fonctions ou de tissu d'une partie de l'urètre, à la suite de laquelle cette partie devient plus étroite que le reste du canal. »

Les auteurs ont admis différentes espèces de rétrécissemens ; ainsi *Desault* reconnaît trois genres d'obstacle à l'écoulement de l'urine : le premier est dû à l'épaississement des parois, à l'inflammation, à la paralysie et aux déchirures ; le deuxième existe à l'extérieur du canal, c'est le gonflement de la prostate et diverses tumeurs extérieures ; le troisième enfin, réside dans son intérieur et comprend les brides, les fongosités.

M. *Nauche*, dans sa dissertation inaugurale, fait dépendre les ré-

trécissemens, 1°. de l'inflammation de l'urètre (rétrécissement inflammatoire); 2°. du spasme de quelque partie du canal (rétrécissement spasmodique); 3°. d'un changement dans la structure de l'urètre (rétrécissement organique); 4°. d'une maladie existant à l'extérieur du canal et qui comprime ses parois (rétrécissement symptomatique).

Béclard a divisé tous les rétrécissemens en deux espèces; 1°. l'*inflammatoire*, qui comprend le spasmodique et le dilatable de *Ch. Bell.*; 2°. les *permanens et organiques*, qui renferment six variétés, savoir: la bride, le rétrécissement calleux ou callosité des anciens, celui qui présente les tissus sous-muqueux et spongieux affectés d'induration, le rétrécissement avec ulcère, les carnosités et les végétations sarcomateuses, enfin celui qui dépend d'un état variqueux.

Je me contenterai d'avoir indiqué les diverses espèces auxquelles les auteurs rattachent toutes les coarctations de l'urètre, mon intention n'étant que de parler des rétrécissemens propres au canal. Voici la division que j'adopte: 1°. *rétrécissement spasmodique*, résultant de la contraction momentanée de quelque partie de l'urètre; 2°. *rétrécissement inflammatoire* dépendant de l'inflammation de ce conduit; 3°. *rétrécissement permanent ou organique*, produit par une altération organique des parois du même conduit. C'est à cette dernière espèce que je m'attacherai plus particulièrement.

Rétrécissement spasmodique.

Hunter considère cette coarctation du canal comme le résultat d'un simple spasme de l'urètre, qui se refuse accidentellement à l'issue de l'urine ou à l'introduction de la sonde; il fait remarquer en même temps que ce phénomène est lié ordinairement à un écoulement blennorrhagique. Le professeur *Lallemand* a fait la même observation. Selon *Despiney*, cette coarctation passagère dépendrait, non pas d'un spasme, mais plutôt d'une congestion locale dans le tissu spongieux, d'où résulte un gonflement qui diminue le diamètre du canal.

L'observation rapportée par M. le professeur *Alibert* prouve fort bien l'existence de cette affection : un homme urinait tantôt goutte à goutte, tantôt par jet et toujours plus difficilement lorsqu'il était à la maison ; le matin, l'introduction de la sonde était facile; le soir, elle était impossible. Une émotion légère suffisait pour déterminer une ischurie incomplète. Le célèbre J.-J. Rousseau, dont une partie de la vie a été parsemée de vifs chagrins et de pénibles injustices, était atteint d'un rétrécissement de ce genre, qui produisait une rétention d'urine presque continuelle; à la mort du philosophe, l'autopsie ne démontra aucune affection morbide, aucun corps étranger dans les voies urinaires.

Cette variété de rétrécissement affecte les sujets doués d'une irritabilité très-grande, et provient parfois de l'usage long-temps répété d'alimens de haut goût, des excès vénériens ou de la masturbation. M. *Lisfranc* rapporte un exemple dû à cette dernière cause.

L'irrégularité du cours de l'urine, tantôt libre, tantôt difficile, quelquefois brusquement arrêté; la facilité d'introduire une sonde dans un moment, tandis que dans un autre on ne peut y parvenir; la nature de l'obstacle, qui fait qu'une sonde exploratrice introduite s'arrête à une certaine profondeur et rapporte une tige centrale extrêmement mince, sont autant de caractères propres au rétrécissement spasmodique.

Lorsque l'introduction de la sonde occasione une constriction semblable, il suffit ordinairement de laisser l'instrument quelques instans dans le canal, la sensibilité diminue, et la sonde pénètre ensuite sans difficulté. Malgré cette précaution, la coarctation persiste quelquefois et paraît même augmentée : quand il en est ainsi, il faut remettre l'opération à un autre moment. Dans tous les cas, si le sujet est jeune et robuste, il convient de pratiquer une saignée, et de prescrire les boissons délayantes, les applications émollientes, des lavemens de même nature ou légèrement opiacés, des bains généraux, et, à leur défaut, des bains de siége ; il faut ensuite s'attacher à éloigner, autant que possible, les causes qui peuvent amener la récidive.

Rétrécissement inflammatoire.

Cette variété consiste dans la turgescence des parois de l'urètre, et peut coïncider avec le rétrécissement spasmodique; dans ce cas, l'épaississement des parois du canal peut manquer. L'état inflammatoire se borne à la membrane muqueuse ou s'étend au tissu cellulaire environnant. Le rétrécissement survient pendant le cours d'une blennorrhagie ou d'une blennorrhée, à la suite d'excès de table, de plaisirs vénériens, après l'emploi d'injections astringentes pour arrêter l'écoulement.

Le malade éprouve une douleur locale au périnée, le passage de l'urine cause une cuisson plus ou moins forte; le jet du liquide est souvent embarrassé, et plus faible surtout après un repas copieux, une course à cheval. Le coït donne à l'écoulement une nouvelle force, en sorte que le malade croit avoir contracté une blennorrhagie virulente. Si l'on introduit dans l'urètre une bougie fine, elle est d'abord arrêtée, serrée étroitement; puis un instant après, en poussant graduellement, elle traverse le rétrécissement : si l'on se sert d'une sonde à empreinte, lorsqu'on la retire, son extrémité présente une boule assez grosse.

Dans les paroxysmes de dysurie provenant d'une irritation nouvelle, il faut employer le traitement antiphlogistique. Il convient alors d'appliquer des sangsues et des cataplasmes émolliens au périnée, de prescrire le repos, une diète modérée, des boissons mucilagineuses, émulsives : si l'inflammation devient chronique et résiste à tous ces moyens, elle peut céder quelquefois à l'usage des révulsifs et des irritans; c'est pourquoi l'application d'un vésicatoire devient parfois utile. Lorsque tous ces remèdes ont échoué, on peut avoir recours avec avantage à l'introduction d'une sonde emplastique, dont on prolonge graduellement le séjour dans le canal. Si le rétrécissement résiste encore à ce traitement, il faut en venir à une légère cautérisation avec le nitrate d'argent, de manière à déterminer une

inflammation franche, qui doit marcher ensuite promptement vers la guérison. On introduit après la cautérisation une bougie. Ce moyen a moins d'inconvéniens que les injections astringentes. Dans tous les cas, si on soupçonne une cause véritablement syphilitique, il est indispensable de faire subir au malade un traitement général : quelques frictions mercurielles dirigées sur le pénis, sur l'endroit correspondant à la coarctation, comme le recommande M. le professeur *Marjolin*, peuvent être de la plus grande utilité.

Rétrécissement permanent ou organique.

Avant d'examiner la nature des rétrécissemens organiques, disons que le rétrécissement inflammatoire, abandonné à lui-même ou exaspéré par un mauvais traitement, devient permanent plus ou moins vite.

Nature des rétrécissemens. Les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes matérielles ou immédiates des rétrécissemens ; ils en admettent toutefois un grand nombre. Nous en citerons plusieurs.

La bride. Elle peut avoir plus ou moins d'épaisseur, une ou plusieurs lignes d'étendue ; elle est unique ou multiple, circulaire, oblique, longitudinale ou transversale ; elle peut occuper le tiers ou la moitié de la circonférence de l'urètre. *Laennec* dit que les brides sont, comme les fausses membranes, formées par une exsudation plastique ; *Ducamp* les considère comme des fausses membranes et des adhérences, suites d'inflammations préexistantes.

L'induration. La membrane muqueuse et, par suite, le tissu sous-jacent, irrités à plusieurs reprises, se tuméfient, s'endurcissent, perdent de leur souplesse et de leur élasticité, et tombent dans une sorte d'hypertrophie ; c'est ce qui constitue l'induration. Cette espèce de rétrécissement, admise par la plupart des praticiens, a ordinairement peu d'étendue en longueur, et se borne, dans la majorité

des cas, à une ou deux lignes; mais il n'est pas rare de trouver sur le même sujet plusieurs de ces indurations séparées par des parties saines.

Le rétrécissement calleux est une autre forme de lésion : ne serait-ce pas une dégénérescence de la membrane muqueuse déjà épaissie ? En effet, l'induration, qui se développe dans l'épaisseur de la membrane muqueuse ou dans le tissu sous-jacent, peut devenir, par son ancienneté, demi-cartilagineuse, cartilagineuse et même lardacée; ces indurations peuvent occuper la totalité de la circonférence, ou seulement un des points de l'urètre.

Les ulcérations des parois de l'urètre, dont l'existence a été niée par beaucoup de praticiens, admise par *Desault*, *Petit*, et souvent constatée par M. le professeur *Dupuytren*, doivent aussi être considérées comme cause matérielle de rétrécissement, soit en donnant lieu au gonflement des parties situées autour et au-dessous d'elles, soit en se terminant par cicatrisation : ainsi, des ulcères cicatrisés isolément peuvent former des brides analogues à celles que l'on rencontre extérieurement. Ces ulcérations, je les ai vues dernièrement, avec M. *Ségalas*, à l'aide de son spéculum urétro-cystique, dans l'urètre d'un horloger.

Les végétations charnues, qu'on avait appelées *carnosités*, et que les anciens regardaient comme la cause la plus commune des rétrécissemens, peuvent se retrouver à l'intérieur de l'urètre et déterminer sa coarctation : cette altération est néanmoins fort rare. M. *Ségalas* en rapporte un exemple dans sa soixante-seizième observation (1) ; l'altération consistait en une saillie charnue, à base large, à surface lisse, arrondie, et d'un rouge plus foncé que le reste du canal.

L'état variqueux, dont les auteurs font mention comme cause de rétrécissement, est mis en doute par *Béclard*.

Causes. Le rétrécissement organique de l'urètre est une maladie propre aux hommes, ou du moins excessivement rare chez la femme.

(1) Traité des rétentions d'urine et des maladies qu'elles produisent.

Les excès de liqueurs spiritueuses, le coït, la masturbation, l'usage des cantharides à l'intérieur, l'introduction dans le canal d'une sonde ou de tout autre corps étranger, prédisposent à cette lésion : les affections rhumatismales, goutteuses, dartreuses répercutées, exercent une semblable influence sur son développement; mais l'inflammation syphilitique (la blennorrhagie) est, sans contredit, la cause la plus fréquente des coarctations. Des auteurs ont cependant mis en doute cette opinion, s'appuyant sur ce que la blennorrhagie n'est pas toujours suivie de rétrécissement; de ce nombre sont MM. *Pelletan* et *Nauche*, qui attribuent presque constamment la production de cette maladie aux excès du coït et de la masturbation. Toutefois je ne crois pas me tromper en affirmant que sur dix individus affectés de coarctations, huit au moins ont eu des blennorrhagies; je soutiens, au reste, l'opinion de MM. *Boyer*, *Richerand*, *Dupuytren*, *Lallemand*, de Montpellier, et de M. *Ségalas*. Parmi les nombreux malades que ce dernier praticien a traités pour des rétrécissemens organiques de l'urètre, trois seulement ont dit n'avoir jamais eu de blennorrhagie, et encore, de ces trois malades, deux étaient placés dans la société de manière à permettre le doute sur leur témoignage à cet égard. Je n'entends pas nier, pour cela, que toute cause qui pourra irriter fortement le canal, comme une contusion au périnée, une sonde à demeure, une déchirure de la muqueuse, ne puisse également déterminer la production des rétrécissemens.

Tel ou tel mode de traitement employé dans la blennorrhagie peut donner lieu, a-t-on dit, aux coarctations; c'est ainsi qu'un grand nombre de praticiens regardent les injections astringentes comme déterminant toujours tôt ou tard le rétrécissement, et n'hésitent pas, à cause de cela, de proscrire ce moyen dans tous les cas. *Hunter* considère cette opinion comme un préjugé. M. le professeur *Boyer* ne pense pas de même; il croit, au contraire, que les injections astringentes sont propres à produire le rétrécissement, surtout quand on les emploie dès le début de la blennorrhagie, pendant qu'elle est encore à l'état aigu. Suivant ce célèbre chirurgien, les balsamiques

administrés à cette même période de l'inflammation urétrale exposent à un inconvénient semblable.

Siége. Desault, Chopart, sont d'accord sur la portion de l'urètre où le rétrécissement organique se développe de préférence; cette portion est celle qui avoisine la portion bulbeuse. Selon *Hunter* et *Sœmmering,* jamais la portion prostatique n'en est atteinte; cependant l'observation sixième de M. le professeur *Lallemand* vient bien à l'appui de celle de *Chopart* pour détruire cette assertion. L'urètre du malade de *Chopart* laissa voir, après la mort de l'individu, deux rétrécissemens, l'un dans la portion membraneuse, l'autre dans la portion prostatique : « ces parties étaient si épaissies et si denses, qu'elles avaient un aspect cartilagineux. » M. *Rougier* en fixe le siége le plus ordinaire vers la partie moyenne membraneuse et spongieuse. L'endroit où on les rencontre ordinairement est entre quatre pouces et demi et cinq pouces et demi de l'orifice du gland. J'établis mon opinion d'après ce que j'ai vu chez les malades traités par M. *Ségalas ;* si je prends quinze de ces malades, douze montreront un obstacle à la distance que je désigne. Toutefois ces parties du canal ne sont pas les seules qui puissent être affectées de coarctations, on en trouve à six pouces et demi, à sept pouces; on en voit surtout de plus voisines du méat urinaire : M. *Ségalas* donne des soins, dans ce moment, à un malade qui a plusieurs rétrécissemens, dont l'un réside à quelques lignes de l'orifice externe.

Étendue. Les rétrécissemens ont une à plusieurs lignes de longueur; *Hunter*, *Chopart* et *Ch. Bell* en citent de deux et même de trois pouces. Jamais le professeur *Lallemand* n'en a rencontré de si longs; mais il rapporte dans son ouvrage (1) un exemple de guérison de coarctation de quatorze, de dix-huit et de vingt lignes chez le même individu; bien plus, le docteur *Bérard* dit avoir vu un rétrécissement occuper toute l'étendue du canal et son orifice (Archiv. génér. de Méd., tom. 12, pag. 93). Mais était-ce bien un seul rétrécissement?

(1) Observations sur les maladies des organes génito-urinaires.

Forme. Assez souvent le rétrécissement est circulaire, avec ou sans irrégularité ; quelquefois il n'occupe qu'une partie de la circonférence du canal.

Nombre. Il existe dans l'urètre, tantôt un seul, tantôt plusieurs rétrécissemens. *Hunter* en a rencontré chez le même individu jusqu'à six ; le professeur *Lallemand* en a trouvé sept ; *Colot* dit en avoir vu huit.

Sensibilité. Les parties qui constituent le rétrécissement sont d'autant plus sensibles que celui-ci est plus voisin du gland ; on conçoit néanmoins que cette sensibilité est subordonnée à l'irritation qui existe dans les parties environnantes du mal, à la nature elle-même de l'altération et au tempérament plus ou moins nerveux du malade.

Quels que soient le siége, la cause et la nature du rétrécissement organique, les accidens qu'il produit sont à peu près les mêmes, et ne varient guère qu'en raison de l'étroitesse du passage qui reste aux urines.

Signes. Le symptôme constant de la maladie dont je m'occupe est un dérangement notable dans l'excrétion de l'urine. Lorsque le rétrécissement commence, le malade attend plus long-temps qu'à l'ordinaire la sortie de l'urine, et cela sans endurer de douleurs ; quelquefois seulement il survient un peu de cuisson après l'éjection du liquide : cet état peut rester long-temps le même. Mais toujours est-il que la difficulté d'uriner augmente d'autant plus vite que l'urètre est naturellement plus étroit ; c'est à cette étroitesse du canal qu'il faut quelquefois attribuer la promptitude avec laquelle le rétrécissement détermine la rétention d'urine ; tandis que chez une autre personne, dont le canal est naturellement large, ce résultat n'aura lieu que lentement et lorsque le rétrécissement aura acquis un développement considérable. Faut-il attribuer à cette dilatation du canal

la rareté de ce genre d'obstacle chez la femme? Je le pense; mais il faut y ajouter encore une autre cause, qui est que, chez elle, la blennorrhagie a très-rarement son siége dans l'urètre. Si le rétrécissement continue à faire des progrès, le jet d'urine diminue sensiblement de grosseur, le malade met beaucoup plus de temps pour uriner, le besoin de vider la vessie est plus fréquent; bientôt l'urine ne sort plus que par un jet extrêmement mince et délié, tantôt bifurqué à sa sortie, tantôt contourné en spirale, quelquefois s'éparpillant en arrosoir, d'autres fois imitant parfaitement, pour me servir de l'expression de M. *Boyer*, le filet d'eau qui tombe du sabot du rémouleur. A cette époque, l'expulsion du liquide n'a lieu que par des efforts soutenus, et encore la vessie ne se vide jamais complètement. Lorsque le mal a fait autant de progrès, les excès, les écarts de régime peuvent facilement déterminer une rétention complète. Dans cet état de la maladie, le malade devient incapable de concourir à la reproduction ; la liqueur séminale n'est plus éjaculée.

Il arrive un temps où le jet de l'urine est tellement faible, qu'elle tombe verticalement entre les jambes, il est même assez fréquent de la voir s'écouler goutte à goutte; en même temps le malade est tourmenté de vives douleurs, il tiraille sa verge et reste des heures entières pour évacuer quelques cuillerées d'urine. Dans cet état de choses, chaque excrétion exige quelquefois des efforts tellement considérables de la part du malade, que ses jambes tremblent, que sa face se colore, que son front se couvre de sueur, et que les matières fécales sortent avec les urines; enfin la rétention d'urine devient complète, et le malade se trouve dans le plus grand danger. Malheureusement le dérangement du cours des urines se fait par des degrés si peu sensibles, qu'il ne réveille souvent l'attention du malade que lorsqu'il est déjà très-fort et qu'il constitue une véritable maladie; ajoutez à cela que l'insouciance de la plupart des personnes atteintes de ce mal est portée au dernier point.

Je vais en signaler un exemple. Un marchand de vin du faubourg Saint-Martin, que M. le docteur *Rey* avait soigné pendant long-temps

pour une autre maladie que celle des voies urinaires, fit appeler ce médecin, il y a un mois environ. M. *Rey*, qui ignorait entièrement l'existence d'une affection du canal de l'urètre, parce que jusque-là elle n'avait pas été jugée assez grave pour l'en informer, trouva, à son grand étonnement, une rétention d'urine complète; elle avait déjà donné lieu à une infiltration d'urine très-étendue. De larges et profondes incisions furent pratiquées de suite dans les parties infiltrées. Malgré cette sage précaution, une gangrène énorme survint. Au bout du quatrième jour de cet état, M. *Ségalas* fut appelé : nous trouvâmes le malade mourant ; la gangrène avait envahi les bourses, le périnée, le haut des cuisses; déjà les extrémités étaient froides. M. *Ségalas* partagea l'opinion de M. *Rey* sur l'impossibilité de sauver le malade; néanmoins, il crut devoir introduire une sonde dans la vessie, qui était fortement distendue ; cette opération fut faite avec assez de facilité, malgré l'œdème considérable du prépuce. Dans son trajet, la sonde rencontra plusieurs rétrécissemens. Elle fut laissée à demeure. Le malade mourut quelques heures après.

Je ne crois pas devoir faire entrer dans ma dissertation l'histoire de tous les fâcheux accidens auxquels le rétrécissement organique peut donner lieu ; je me contenterai d'indiquer la rétention d'urine, le catarrhe vésical, le calcul urinaire, l'engorgement de la prostate et celui des testicules. On sait que, plus tard, on a à redouter la rupture de l'urètre, celle de la vessie, l'infiltration d'urine, la gangrène, les abcès urineux, les fistules, etc.; de plus, les hommes atteints de cette cruelle maladie sont très-sujets aux hernies, aux hémorrhoïdes et à la chute du rectum, et cela par des raisons qu'il est facile d'apprécier.

Diagnostic, Les signes que je viens d'indiquer, et qui sont, je le répète, le retard et la lenteur de l'éjection de l'urine, le besoin de l'effectuer plus fréquemment que de coutume, la difficulté constante à y parvenir, le changement progressif du jet du liquide; l'ensemble, dis-je, de ces signes donne presque toujours la certitude de l'existence

de coarctations urétrales : toutefois le médecin pourrait courir le risque de se tromper s'il établissait son diagnostic avant d'avoir exploré le canal. L'exploration se fait avec une bougie de cire ou avec la sonde à empreinte de *Ducamp*. Je vois toujours M. *Ségalas* commencer ses recherches dans le canal avec une bougie de cire, et parvenir, de cette manière, bien simple et rarement douloureuse pour le malade, à déterminer l'existence d'un ou de plusieurs rétrécissemens, après quoi il se sert de la sonde exploratrice pour obtenir la figure de l'obstacle.

Prognostic. Le rétrécissement organique constitue toujours une maladie grave qu'il ne faut pas négliger, et à laquelle il faut porter secours aussitôt qu'on l'a reconnue; car elle tend de jour en jour à faire des progrès, et peut ensuite, d'un moment à l'autre, amener la mort. Le malade de M. *Rey* en est un exemple frappant. Le prognostic est d'autant moins favorable que le rétrécissement est calleux, qu'il remonte à une époque plus éloignée, qu'il est plus considérable en étendue et en épaisseur, qu'il survient chez un vieillard, qu'il est lié au gonflement de la prostate, et qu'il a déjà occasioné des fistules.

Thérapeutique des rétrécissemens organiques.

Il existe trois moyens pour rendre au canal de l'urètre rétréci ses dimensions naturelles. L'un consiste à dilater l'endroit du rétrécissement, à l'aide des bougies ou des sondes; l'autre à opérer une perte de substance dans ce même endroit par l'application du caustique; enfin le troisième, à porter dans l'urètre un instrument tranchant propre à faire l'incision des parties rétrécies. Je vais décrire chacun de ces moyens.

Traitement par dilatation.

On emploie les bougies et les sondes pour obtenir la dilatation des rétrécissemens permanens ou organiques. On a conseillé l'usage des cordes à boyaux pour parvenir au même but ; mais comme elles ont le grave inconvénient de se dilater facilement en deçà et au-delà de la coarctation par l'action de l'humidité, et d'occasioner, par conséquent, une douleur très-vive lorsqu'on veut les retirer, la plupart des praticiens les ont abandonnées. On avait cru aussi que des bougies préparées avec des matières médicamenteuses pourraient procurer des résultats merveilleux ; mais il est généralement prouvé que leur propriété fondante n'est qu'illusoire.

Les bougies et les sondes de gomme élastique sont donc de tous les corps dilatans ceux dont on se sert le plus ordinairement. On n'a recours aux sondes d'argent que provisoirement, et dans le cas seulement où une rétention d'urine étant complète et compliquée de fistules urinaires, le cathétérisme est urgent et impossible avec les instrumens de gomme élastique.

Desault préférait toujours les sondes aux bougies ; aujourd'hui on a recours aux unes et aux autres, selon l'état du malade et les circonstances dans lesquelles il se trouve placé. Il convient de traiter surtout par les sondes lorsque la maladie est accompagnée de fistules urinaires et d'affaiblissement de la vessie ; lorsque, voulant exercer une forte pression contre l'obstacle, on craint que le passage qui reste entre la bougie et le canal ne soit pas suffisant pour permettre l'excrétion de l'urine. Si l'on excepte ces circonstances, les bougies de gomme élastique sont préférables, en ce que leur résistance latérale amène une dilatation plus graduelle.

La dilatation est une opération très-facile quand on sait pratiquer le cathétérisme ; elle consiste à introduire un instrument en gomme élastique dans l'urètre, à le laisser en place plus ou moins long-temps, à le remplacer par un autre plus gros, et à continuer ainsi jusqu'à ce que le canal puisse admettre une sonde ou une bougie des n°ˢ. 9

ou 10, et enfin à prolonger le traitement autant de temps qu'il sera nécessaire pour tenir les parois de l'urètre dans un écartement suffisant. Mais le cathétérisme lui-même est-il une opération si facile, surtout s'il existe un obstacle dans l'urètre? Je suis loin de l'affirmer; en effet, porter un instrument dans l'urètre, lui en faire suivre la direction sans dévier et sans exercer d'efforts, le tenir ensuite bien dans la direction de la ligne médiane, faire glisser sa pointe le long de la partie supérieure du canal, puis le faire pénétrer dans la vessie, et auparavant savoir lui faire franchir le rétrécissement, s'il en existe; est une des opérations épineuses de la chirurgie, une de celles où tous les préceptes ne sauraient suppléer à l'habitude.

La maladie étant bien constatée, on fait choix d'une bougie proportionnée au calibre du rétrécissement, pour qu'elle pénètre sans efforts; on l'enduit ensuite d'huile ou de cérat. L'opérateur, placé au devant du malade, saisit la bougie dans son milieu avec le pouce et l'index de la main droite; puis, prenant de la main gauche la verge sur ses côtés et un peu au-dessous du gland, il introduit l'instrument dans le méat urinaire et le pousse dans l'urètre en le tournant entre ses doigts, ayant en même temps le soin d'attirer légèrement sur lui le pénis, afin d'effacer, autant que possible, les rides que l'on trouve à l'intérieur du canal. Lorsque la pointe de la bougie arrive sous le pubis, on baisse la verge de manière à diminuer la courbure de l'urètre, et l'on continue à pousser l'instrument jusqu'à ce qu'il soit arrivé dans la vessie. Si dans sa marche la bougie rencontre un obstacle, l'opérateur doit la retirer un peu, la pousser de nouveau, et répéter ce mouvement d'aller et de venir plusieurs fois, si cela est nécessaire. Lorsque, avec ces précautions, il ne peut franchir le rétrécissement, il faudra qu'il essaie de le faire avec une autre bougie plus fine; s'il échoue encore, et qu'il soupçonne que l'ouverture de l'obstacle n'est pas dans la direction du canal, il devra alors s'aider d'un conducteur. S'il trouve, au contraire, l'obstacle vers la courbure de l'urètre, il pourra favoriser son introduction à travers le rétrécissement, en portant le doigt dans le rectum. Lorsqu'on réussit par ces diverses ma-

nœuvres à faire passer l'extrémité de la bougie dans l'orifice antérieur du rétrécissement, il faut pousser faiblement, et ne chercher à arriver dans la vessie que si la résistance paraît céder; autrement il vaut mieux fixer l'instrument dans cette place et ne dilater que successivement.

Mais je suppose le rétrécissement tellement considérable que la bougie la plus fine ne puisse le franchir; dans ce cas, est-il d'une nécessité absolue de faire arriver la sonde dans la vessie aussitôt qu'on la présente dans l'urètre. Certes, *Desault* pouvait suivre une telle méthode, et M. le professeur *Boyer* peut bien également pratiquer avec succès, comme je l'ai vu, le cathétérisme forcé avec la sonde conique; mais de ce que cette opération a été pratiquée quelquefois avec bonheur; est-ce, pour cela, une loi imposée à tout praticien de la tenter? Je suis loin d'avoir cette idée; je regarde le cathétérisme forcé comme étant une opération très-difficile et susceptible d'exposer à de très-grands dangers. Je préfère suivre le procédé d'un de nos célèbres professeurs, M. *Dupuytren*, qui consiste à fixer contre le rétrécissement une bougie conique de gomme élastique, terminée en une pointe très-mince et très-souple, qu'on appelle *soyeuse*. Après un séjour de douze ou vingt-quatre heures au plus de cette bougie, on peut ordinairement introduire sans beaucoup d'efforts une sonde dans la vessie. J'ai vu plus d'une fois ce procédé être suivi d'un plein succès à l'Hôtel-Dieu.

Sœmmering dit que le moyen suivant lui a réussi : « J'injecte dans le canal de l'huile d'olive ou de l'huile opiacée, je ferme l'orifice extérieur de celui-ci, je cherche, en pressant avec le doigt, à faire passer le liquide plus avant, je répète cette manœuvre jusqu'à ce que la bougie puisse être introduite. » M. le docteur *Amussat* dit avoir retiré de grands avantages des injections forcées dans le cas de rétention d'urine : cependant on lit dans l'ouvrage de M. *Ségalas* deux observations qui sont loin de militer en faveur des injections forcées.

Dans le cas où toutes les tentatives, faites avec la circonspection convenable, pour donner issue aux urines deviennent inutiles, on a

pour ressource la ponction de la vessie. Cette opération est bien rarement pratiquée dans les hôpitaux, et je tiens d'un médecin en renom pour ce genre de maladie que jamais il ne s'est trouvé dans la nécessité d'y avoir recours.

Il ne faut pas que la bougie soit toujours enfoncée jusque dans le réservoir des urines, car elle déterminerait des envies d'uriner très-pénibles; il suffit qu'elle dépasse un peu le rétrécissement. Si c'est d'une sonde dont on se sert pour dilater, il faut qu'elle arrive dans la vessie; le malade urine toutes les fois qu'il en sent le besoin. Les bougies et les sondes sont fixées en place de la même manière : on attache des cordons d'une part à une ceinture, et de l'autre au pavillon de la bougie ou de la sonde. Lorsque l'instrument à pénétré, et qu'il ne survient point d'accidens, on le laisse à demeure pendant deux ou trois jours, quelquefois davantage, après quoi on en place un nouveau d'un volume plus fort; on continue ainsi à augmenter la grosseur du corps dilatant, jusqu'à ce que le canal ait repris ses dimensions premières.

Quels que soient les soins apportés dans la dilatation, il survient souvent des accidens qui obligent à la suspendre : ces accidens sont ordinairement de violentes douleurs, des spasmes de la vessie, une insomnie continuelle, des érections douloureuses, des envies très-fréquentes d'uriner. Je connais une personne qui, toutes les fois qu'on lui fixait à demeure dans l'urètre une bougie ou une sonde, était prise d'un accès de fièvre qui durait autant que le séjour de celle-ci dans le canal. Cette même personne fut traitée par la cautérisation, et n'éprouva jamais aucun accident semblable. Le traitement par dilatation est extrêmement long, et il faut souvent trois, six et neuf mois pour l'achever, et encore la guérison est-elle toujours douteuse.

Traitement par cautérisation.

L'application du caustique dans le canal de l'urètre rétréci remonte à des temps très-reculés. *Alph. Ferri*, *Ambroise Paré* se servaient d'onguens escharrotiques pour détruire ce qu'ils nommaient

les carnosités du canal. Plus tard, *Hunter* modifia la manière de porter le caustique. L'instrument dont il se servait, et qui est encore très-usité en Angleterre, la bougie armée, consiste en une bougie emplastique dans l'une des extrémités de laquelle on a enchâssé du nitrate d'argent. Avec elle, on cautérise d'avant en arrière. Ce procédé, qui valut à *Hunter* et à sir *Everard Home*, son neveu, une si grande réputation en Europe, ne procura pas dans les mains des chirurgiens français des résultats assez satisfaisans pour qu'il fût adopté par eux. Dans ces derniers temps, M. *Petit* voulut modifier l'instrument de *Hunter*, mais la modification resta encore imparfaite.

Enfin un homme de génie, *Ducamp*, nous transmit une méthode plus convenable pour appliquer le nitrate d'argent. Cette méthode consiste, 1°. à prendre avec précision l'image fidèle du rétrécissement ; 2°. à porter ensuite le caustique dans le point rétréci du canal, de manière à détruire de dedans en dehors les saillies qu'il présente ; 3°. enfin à diriger, à l'aide de moyens dilatans, la cicatrisation des parties qui ont subi une perte de substance. Ce procédé est bien, il est vrai, édifié sur les mêmes bases que celui de *Hunter ;* mais il nous est offert avec de tels changemens, qu'on peut avec droit attribuer à notre jeune chirurgien français l'honneur de l'invention.

Avant de porter un agent destructeur dans une partie invisible, comme le canal de l'urètre, il était de la plus haute importance de connaître avec précision la forme et le siége du rétrécissement. Afin d'arriver à ce but, *Ducamp* a imaginé un instrument qu'il nomme *sonde exploratrice, sonde à empreinte.* C'est une bougie en gomme élastique, creuse, d'un calibre plus ou moins fort, portant les divisions du pied, et à l'extrémité de laquelle on a fixé un emplâtre dont la consistance doit être telle, que par la chaleur du canal il devienne apte à se mouler sur lui. Il existe plusieurs formules de ces emplâtres. *Ducamp* a employé un mélange de cire et de poix dans es mêmes proportions, et d'une égale quantité de diachilon et de résine. Cette composition offre trop de dureté, et ne peut par conséquent rapporter une empreinte qu'après qu'on a employé des efforts tres-

douloureux pour le malade. C'est pourquoi j'accorde la préférence à la masse emplastique dont se sert M. *Ségalas*, laquelle est formée de parties égales de cire et de poix, et colorée avec du noir d'ivoire. Avec cette cire à mouler, j'ai toujours vu obtenir sans peine les empreintes des coarctations. Quelle que soit, au reste, sa composition, cet emplâtre doit être soutenu par un pinceau de soie plate, lequel est lui-même fixé à l'extrémité de la sonde par des points latéraux, et mieux par un nœud intérieur. Cette sonde à empreinte de *Ducamp* est encore celle dont on se sert aujourd'hui pour explorer le canal.

On introduit cet instrument dans l'urètre, après en avoir malaxé légèrement l'emplâtre avec les doigts, et l'avoir ensuite huilé. On le pousse jusqu'à l'obstacle, contre lequel on ne le presse que faiblement; on tient compte de la profondeur à laquelle il a pénétré, et, au bout d'une ou deux minutes, on le retire doucement. Pendant son séjour dans l'urètre, la cire à mouler, qui est ramollie par la chaleur du canal, pénètre dans l'ouverture du rétrécissement, remplit ses anfractuosités, et de la sorte rapporte la représentation exacte du rétrécissement; de cette manière, on reconnaît la situation et la forme de l'obstacle. Lorsque la coarctation se trouve à la courbure de l'urètre, il est bon d'introduire une sonde exploratrice, munie d'un mandrin courbe. Ce moyen d'obtenir des connaissances sur l'existence, la forme, l'étendue et le siége des obstacles n'est pas le seul que l'art puisse employer. M. *Ségalas* commence toujours l'exploration avec une bougie de cire du plus petit diamètre, dont il a converti la pointe en une petite boule. Lorsque l'introduction est libre et facile dans toute l'étendue de l'urètre, il n'affirme pas pour cela qu'il n'y a point d'obstacle, mais il renouvelle l'exploration avec une autre bougie un peu plus grosse; alors, quand il existe un rétrécissement, la bougie est arrêtée, ou, si elle continue à marcher, elle donne à la main la sensation d'un léger mouvement qu'on peut comparer à un petit saut, ce qui indique qu'elle a franchi une résistance. Cette première manière d'explorer le canal pourrait à la rigueur remplacer la sonde exploratrice; car la bougie de cire, introduite dans un rétrécissement

pendant quelques minutes, rapporte, surtout si elle est un peu grosse, une dépression qui fait connaître l'étendue de l'obstacle, et même sa situation, s'il n'existe que d'un côté. En ayant soin de marquer avec l'ongle le niveau du méat urinaire avant de la retirer, on a la profondeur de l'obstacle aussi exactement qu'à l'aide de l'autre moyen. Un avantage que l'on retrouve dans la bougie de cire, c'est qu'elle cause beaucoup moins de douleur que la sonde à empreinte. Toutefois je ferai observer que l'emploi seul de la bougie emplastique ne peut suffire pour préciser la disposition du rétrécissement, quand celui-ci est considérable.

Il est d'autres instrumens propres à explorer le canal : je ne ferai que les indiquer. Il est rare qu'on s'en serve.

Pour connaître l'étendue des obstacles dans le sens de l'axe du canal, on peut employer plusieurs instrumens : l'un est de *Ducamp;* il consiste à comprendre l'obstacle entre un conducteur et un losange que l'on développe à volonté ; l'espace compris est annoncé au dehors. L'autre a été imaginé par M. *Ségalas :* cet instrument, d'une belle simplicité ; qu'il nomme *stylet urétro-cystique*, consiste dans un fil d'argent, terminé par une boule de même métal, d'un diamètre qui varie comme celui des bougies ; il offre en arrière un anneau destiné à préciser les mouvemens, si l'ont tient compte de la profondeur à laquelle le stylet rencontre l'obstacle, et de celle à laquelle il s'arrête, quand, après avoir franchi l'obstacle, il est ramené sur lui d'arrière en avant, on a l'étendue du rétrécissement. Ce stylet a le précieux avantage d'être aussi sensible en revenant qu'en allant, et de faire ainsi reconnaître si la résistance qu'on a surmontée tient à une disposition normale ou anormale de l'urètre.

Les travaux de cet habile praticien l'ont conduit, par des combinaisons extrêmement ingénieuses, à rendre le canal accessible à la vue. L'instrument dont il se sert a reçu le nom de *spéculum urétro-cystique ;* il se compose de deux tubes d'argent, de deux miroirs métalliques, de deux petites bougies et d'une sonde de gomme élastique. A l'aide de ce spéculum on peut apprécier la nature de l'obstacle.

Lorsque l'on veut déterminer le nombre des rétrécissemens, on peut encore employer le stylet urétro-cystique ou les sondes exploratrices : si on se sert de ces dernières, on porte successivement dans l'urètre des instrumens de diamètre différent, en commençant par les plus gros; en même temps on note le point où chacun d'eux est arrêté comme indice d'obstacle.

Quand une fois on est bien éclairé sur le siége et la forme du rétrécissement, on doit s'occuper de le détruire par le caustique. Il est plusieurs instrumens qui servent à cet usage ; le premier en date est de *Ducamp ;* il a été désigné par son auteur sous le nom de *porte-caustique.* Plus tard, M. *Lallemand* nous a donné la *sonde à cautériser.* Enfin M. *Ségalas,* en perfectionnant ces deux instrumens, a fait paraître le *porte-caustique modifié.* Il serait inutile et peut-être fastidieux de donner une description étendue de ces divers instrumens ; cependant je me trouve obligé d'en dire un mot, puisque mon intention est d'indiquer les inconvéniens attachés à chacun d'eux, et puis de les mettre en comparaison avec un nouveau porte-caustique de ce dernier praticien : il me restera ensuite à parler de ce *nouveau porte-caustique* de M. *Ségalas,* dont la description ne se trouve encore nulle part.

Le porte-caustique de *Ducamp* se compose d'un conducteur droit ou courbe en gomme élastique, d'une tige de la même substance, portant à son extrémité un cylindre de platine, sur le côté duquel on a pratiqué une rainure pour y fixer le nitrate d'argent. Le conducteur et sa tige marchent ensemble jusqu'à l'obstacle : arrivé là, le conducteur s'arrête et la tige s'avance dans le rétrécissement ; de la sorte le caustique est de suite mis à nu. Cet instrument porte avec lui plusieurs inconvéniens : 1°. si la tige flexible destinée à porter le caustique éprouve le moindre arrêt en sortant de son conducteur, les tentatives faites pour pénétrer dans le rétrécissement procurent au nitrate d'argent le temps de se dissoudre sur les parties saines, ce qui souvent donne lieu à la formation d'une fausse route. 2°. Lorsque la coarctation existe dans la partie courbe du canal, la tige, à plus forte raison, peut éprouver de la difficulté à sortir de sa gaîne, et l'acci-

dent signalé à l'instant arrive très-souvent. 3°. L'application du caustique à la circonférence du canal est quelquefois impossible : en effet, si la tige qui doit recevoir le mouvement circulaire est arrêtée à son extrémité antérieure, elle peut, à cause de sa souplesse, se tordre sur elle-même. 4°. Le liquide contenu dans le canal peut pénétrer dans le conducteur et dissoudre le nitrate d'argent avant qu'on ait pu s'en servir.

La *sonde à cautériser* de M. *Lallemand* est droite ou courbe ; elle est composée, 1°. d'une sonde en platine, qui sert de conducteur; 2°. d'un stylet de même métal, portant le caustique à son extrémité antérieure, et terminé à son autre extrémité par un bouton ; 3°. d'un curseur destiné à indiquer la profondeur à laquelle l'instrument doit pénétrer. La sonde et le stylet marchent ensemble dans l'urètre jusqu'à ce que le curseur, qui a été reculé sur le conducteur, d'une étendue égale à la profondeur du rétrécissement et de celle de la longueur soupçonnée de celui-ci, soit en contact avec le gland. L'obstacle une fois dépassé, on fixe d'une main l'extrémité du stylet, et de l'autre on remonte la sonde de toute la longueur de l'obstacle. Le caustique, jusqu'alors parfaitement sec, se trouve à nu. La sonde à cautériser n'a plus les inconvéniens du porte-caustique de *Ducamp*, mais elle a ceux de ne pouvoir agir avec précision, surtout à une certaine profondeur, attendu que le conducteur ne peut être arrêté au niveau de l'obstacle, lorsque, après l'avoir ramené au-devant, on veut fixer son extrémité sur l'orifice antérieur de la coarctation : c'est ce qui empêche toujours de bien déterminer la partie qu'on cautérise. Elle a encore celui de fatiguer le malade, en augmentant ses douleurs : cela s'explique par la roideur du platine.

Le *porte caustique modifié* de M. *Ségalas* diffère de la sonde à cautériser en ce que cette sonde est gouvernée par un conducteur semblable à celui de *Ducamp*. Ce dernier instrument ne laisse pas à redouter l'action dissolvante du liquide du canal, ni le défaut de précision dans l'application du caustique ; mais il partage avec la sonde à cautériser l'impossibilité de porter le nitrate d'argent sur tous les points du ca-

nal à la fois. Or, si on nous donnait un instrument qui pût, dans une seule application du caustique, détruire toute la circonférence des parties rétrécies, sans offrir pour cela aucun des inconvéniens attachés à chacun des porte-caustiques, je crois qu'on aurait beaucoup fait pour la cure des rétrécissemens. Nous allons voir si l'instrument que M. *Ségalas* a présenté tout récemment à l'Académie réunit toutes ces conditions.

Je passe de suite à la description de cet instrument, que son auteur a désigné sous le nom de *nouveau porte-caustique.* Il se compose, 1°. d'une sonde de gomme élastique n°. 7 ou 8, droite ou courbe, longue de huit à neuf pouces et portant les divisions du pied; son extrémité antérieure est munie d'une capsule en platine dont la longueur est de trois lignes et la grosseur égale à celle de la sonde elle-même; les bords de cette capsule sont rabattus en dedans, de manière à former une extrémité arrondie. L'autre extrémité porte, dans une longueur d'un pouce environ, un tube en argent : ce tube présente à son intérieur et sur chacun des cotés une rainure longitudinale, et à l'extérieur et dans son milieu un pavillon qui porte sur l'un des points de sa circonférence deux petites vis, dont l'une est fixée sur le même plan que les numéros inscrits sur le corps de l'instrument, et l'autre dans une position opposée. Cette première sonde fait l'office de conducteur. 2°. D'une sonde droite ou courbe en platine, plus longue d'un pouce que la précédente, et terminée extérieurement par un pavillon semblable à celui du conducteur. Cette sonde, à partir de son pavillon, offre sur ses côtés, dans l'espace de deux pouces, deux petites saillies longitudinales, qui servent à glisser dans les rainures de la première sonde; et sur les surfaces supérieure et inférieure, deux ouvertures qui donnent passage, en bas et en haut, à l'extrémité des vis dont nous avons parlé. L'une de ces vis sert à empêcher la sonde de sortir de son conducteur; l'autre porte sur un stylet que nous allons faire connaître. 3°. D'un stylet ou mandrin également en platine, long de onze pouces, formé, dans son tiers antérieur, d'une série de petites articulations, lesquelles finissent à trois quarts de pouce de son ex-

trémité, qui est arrondie; sur ce reste du cylindre il existe une petite cuvette ou rainure longue de trois lignes environ, large d'une demi-ligne, et destinée à porter le caustique. A son autre extrémité le stylet reçoit un fort bouton, lequel est arrêté en arrière par un pavillon vissé à volonté; ce bouton, qui sert à empêcher le stylet de sortir de la sonde, porte, en regard de la cuvette, un petit bouton destiné à indiquer de quel côté le nitrate d'argent se trouve. A deux pouces de la même extrémité le stylet a pris une surface plane : c'est sur cet endroit, qui correspond à l'ouverture de la sonde, que le pas de vis vient appuyer. Comme on le voit, les pièces principales du *nouveau porte-caustique* sont, un conducteur gradué, une sonde protectrice et un stylet destiné à porter l'agent destructeur; les autres pièces, qui ne sont qu'accessoires, nous les connaissons. Il est facile de se représenter actuellement l'instrument tout monté : c'est un stylet fixé dans une sonde, et une sonde dans un conducteur. (*Voir* la Planche.)

Tout porte-caustique doit être chargé de nitrate d'argent avant d'être introduit dans l'urètre. Quel que soit d'ailleurs l'instrument, la manière de fixer le caustique est toujours la même : on place dans la petite cuvette de petits fragmens de nitrate d'argent, que l'on fait fondre à la flamme d'une bougie, avec la précaution que ce sel ne se boursouffle pas; on répète la même manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire pour que la cuvette soit bien remplie; ensuite, afin d'avoir une surface lisse et égale, on enlève tous les petits points qui ne sont pas de le niveau; après quoi on retire suffisamment le stylet pour faire rentrer la cuvette dans l'intérieur de la sonde de platine.

Maintenant, si nous connaissons la forme, la situation de l'obstacle, nous pouvons, immédiatement après l'exploration, introduire le porte-caustique. Il faut cependant différer un instant cette introduction, si le canal vient de répandre du sang ou de l'urine. Pour l'opération, il est utile de commencer par préciser le point de l'instrument qui, pendant l'action du caustique, devra correspondre au méat urinaire; on doit pour cela appliquer le porte-caustique le long du porte-empreinte, à partir du commencement de la déformation; cette ré-

caution est nécessaire, attendu que l'extrémité de l'instrument qui porte la division du pied et la cire à mouler, peut s'allonger plus ou moins au moment que celle-ci a été pressée contre les parois de l'obstacle, et faire par là que le point de départ se trouve plus ou moins éloigné de la première division. Cela fait, on enduit le bout du porte-caustique d'huile ou de cérat, et on l'introduit dans le méat urinaire. Je suppose qu'on se serve du *nouveau porte-caustique* de M. *Ségalas*, le conducteur, la sonde protectrice et le stylet s'engagent ensemble et marchent de front dans l'urètre. Arrivé à la coarctation, le conducteur éprouve de la résistance; on l'arrête alors, et on le maintient en place; on pousse ensuite sur la sonde protectrice, afin de la faire avancer dans le rétrécissement : lorsque celui-ci est dépassé, on tient fixe le stylet et on retire en devant la sonde; de la sorte, elle rentre dans son conducteur, et le caustique reste à nu. Comme il existe un petit bouton propre à faire connaître de quel côté est le nitrate d'argent, quand on fait mouvoir le stylet sur son axe en tournant son premier bouton entre les doigts, on possède une connaissance exacte de la partie qui est en contact avec le caustique. Avec ces données on cautérise toujours avec une rigoureuse précision toute la circonférence ou seulement l'un des côtés du canal, selon qu'on le juge nécessaire. Après avoir laissé le caustique plus ou moins long-temps, une minute environ, sur la surface rétrécie, on fait rentrer le stylet dans la sonde protectrice : par là on évite d'intéresser avec le reste du caustique les parties antérieures à l'obstacle. Cette opération doit constamment se faire sans employer la violence; elle exige seulement de l'adresse, de la dextérité.

La supériorité du *nouveau porte-caustique* de M. *Ségalas* est incontestable, puisqu'en évitant les inconvéniens des autres porte-caustiques, il réunit ce précieux avantage de cautériser avec la plus grande précision soit toute la circonférence du canal, soit l'un de ses côtés, en haut ou en bas. Quel que soit le siége du rétrécissement, qu'il existe dans la portion droite ou courbe de l'urètre, cet instrument ne perd jamais la faculté d'agir au gré de l'opérateur. De ce dernier ré-

sultat, il en découle encore un autre, celui de donner la possibilité de détruire tout un rétrécissement dans une seule application de caustique. On peut aisément se rendre compte de tous ces avantages, si on a égard aux changemens que l'auteur a fait subir particulièrement au stylet de cet instrument.

Toutes les fois qu'on a porté le caustique dans le canal de l'urètre, il est prudent de laisser le malade en repos pendant le temps nécessaire à la séparation de l'escharre ; c'est ordinairement l'affaire de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Le troisième jour seulement, on introduit une bougie moins grosse que celle qui a servi à prendre l'empreinte avant d'avoir appliqué le caustique; on la laisse un quart d'heure, après quoi on connaît l'état des parties qui ont été déjà brulées, et le lendemain on la remplace par une autre d'un plus grand diamètre. Dès le troisième jour, si on le trouve nécessaire, on peut prendre une nouvelle empreinte et faire une nouvelle cautérisation. Après cette seconde application, on se conduit comme après la première; puis on en pratique une troisième, et une quatrième, s'il y a lieu. On peut réitérer chaque application de caustique tous les trois ou quatre jours, et on doit en cesser l'emploi dès que la bougie emplastique donne la preuve de la destruction des rétrécissemens par la netteté de sa surface. S'il y a plusieurs obstacles, il faut les attaquer successivement et comme le premier. Lorsque le rétrécissement est détruit, on commence la dilatation; elle consiste à introduire une bougie de cire n°. 7 ou 8, qu'on laisse un quart d'heure en place; le lendemain on en introduit une autre plus forte; enfin on procède de même jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'emploi de bougies de trois à quatre lignes de diamètre. Au bout de dix jours on peut regarder le traitement comme terminé.

Mais on conçoit que les cicatrices nouvelles, suite de la cautérisation, doivent tendre, si on les abandonne à elles-mêmes, à se rétrécir, et par conséquent à produire de nouveaux rétrécissemens; il faut donc, à des époques éloignées, pendant un ou deux mois, introduire

des bougies : par là on s'assure que la consolidation des cicatrices ne fait rien perdre de la largeur imprimée au canal.

Je crois pouvoir m'abstenir de parler du dilatateur à air et des bougies à ventre que *Ducamp* avait proposés comme moyens dilatateurs, et de rapporter les inconvéniens que l'on retrouve dans chacun de ces instrumens, puisque presque tous les praticiens les ont abandonnés. Je préfère dire un mot sur un instrument tout nouveau (il n'a pas encore paru) que M. *Ségalas* a imaginé pour limiter la dilatation à la partie rétrécie du canal.

Le dilatateur de M. Ségalas se compose de sept à huit lamelles d'acier, faisant suite à une sonde de même métal, et disposées de manière à former un tube cylindrique, pour leur entrée dans l'urètre, et à s'écarter ensuite dans le rétrécissement, en forme de bougie à ventre, sous l'influence d'un mandrin que l'opérateur met en mouvement, à l'aide d'une vis qui est au pavillon de la sonde. Une canule de caoutchouc embrasse ces lames à l'instar d'une gaîne qui leur serait commune, et sert à en égaliser l'action sur toute la circonférence de la partie rétrécie.

Pendant tout le traitement, il est bon que le malade observe quelques précautions, qui ne sont pas, il est vrai, de rigueur, mais qui facilitent cependant la guérison : ainsi, il sera sobre; il devra éviter le vin, la bière, le café, les liqueurs spiritueuses, et s'abstenir surtout des plaisirs vénériens; il prendra une boisson délayante, quelques lavemens émolliens, deux ou trois bains par semaine.

Les inconvéniens de la cautérisation sont, 1°. de laisser un écoulement léger par l'urètre; mais il n'est point contagieux, et il disparaît ordinairement lorsqu'on met quelque intervalle dans l'introduction de bougies. 2°. De donner lieu quelquefois à la difficulté d'uriner : cet accident, qui tient à la séparation incomplète de l'escharre, qui joue alors le rôle de valvule dans le canal, ne dure que quelques instans, si on introduit une petite bougie, ce que le malade peut faire lui-même. 3°. De provoquer, a-t-on dit, des douleurs excessivement

vives; mais je puis assurer, par ce que je vois tous les jours, que cette douleur n'est pas plus forte que celle produite par la sonde; encore n'est-elle pas comparable à celle que la dilatation permanente occasione. Le fait que je vais citer vient à l'appui de ce que j'avance : un malade chez lequel M. *Ségalas* avait commencé le traitement par les bougies, à cause de sa répugnance pour la cautérisation, étant devenu témoin de l'application du caustique chez un autre malade, et ayant vu, non sans étonnement, l'indifférence de ce dernier pendant l'action du nitrate, voulut renoncer dès-lors au traitement par dilatation, et réclama, presque comme une grâce, celui par cautérisation. Ce malade a été cautérisé plusieurs fois, et jamais n'a accusé aucune douleur; il a guéri parfaitement bien. C'est le chef d'une de nos premières fabriques de papier. 4°. Quant à l'hémorrhagie dont on parle, elle ne survient que bien rarement. Je ne l'ai pas encore vue; si cependant elle arrivait, je ne crois pas qu'elle soit assez abondante pour ne pouvoir être arrêtée par quelques injections froides dans le canal. M. *Ségalas* m'a dit n'avoir vu qu'une seule fois l'écoulement de sang assez abondant pour demander l'emploi de ce moyen; encore était-ce chez un malade naturellement sujet à des hémorrhagies urétrales.

La cautérisation est-elle infaillible? Je me garde bien de l'affirmer, car il est certainement des exemples de récidive. Mais, s'il y a des insuccès, en quoi donc faut-il faire consister les avantages du caustique sur les bougies? Si l'on consulte l'expérience, on trouve que le traitement par dilatation est extrêmement long, assujettissant, souvent très-douloureux et incertain; tandis que le traitement par cautérisation procure des résultats plus prompts, plus certains et, au moins, plus durables, sans exposer à autant d'accidens : bien des traitemens par cette dernière méthode ont été terminés dans vingt, vingt-cinq jours, un mois.

Tous les rétrécissemens organiques sont-ils également faciles à guérir? Malheureusement non. Le canal de l'urètre est-il atteint d'une coarctation de nature calleuse, offre-t-il plusieurs brides très-anciennes, très-dures, il est possible alors que la cautérisation échoue. Dans cette

circonstance on peut avoir recours à un dernier moyen, qui deviendra certainement plus efficace, je veux dire l'incision. Il est une portion de l'urètre où le caustique réussit peu, c'est l'entrée du gland : ici l'incision est encore le remède le plus convenable. Je ne parlerai de ce dernier mode de traitement (l'incision) qu'après avoir rapporté plusieurs faits pris au hasard, parmi les malades de M. *Ségalas*, et qui me serviront à prouver, 1°. que les douleurs attribuées à la cautérisation sont presque toujours nulles ; 2°. que tous les porte-caustiques ne sont pas également bons à être employés, et surtout dans toute l'étendue du canal ; 3°. que la cautérisation n'expose pas à la récidive comme la dilatation. Je me dispenserai de produire des observations détaillées jour par jour; elle ne feraient que donner de la longueur à ma dissertation, sans y jeter pour cela plus d'intérêt.

Ire. obs. M. ....., bijoutier à Paris, après plusieurs blennorrhagies, éprouva, il y a dix-huit ans, les premiers symptômes de rétrécissement ; et, pendant quatorze ans, fut obligé d'avoir recours à la sonde chaque fois qu'il sentait le besoin d'uriner. En 1818, le docteur *G*... mit les bougies en usage, et les continua sans interruption pendant deux mois ; le malade ensuite les employa lui-même de temps à autre ; mais le mieux qu'il ressentait n'était que temporaire, et n'avait de durée qu'autant que la dilatation était plus long-temps continuée. M. ..... s'adressa enfin à M. *Ségalas*. Le 11 mars, une première exploration laissa voir un rétrécissement à trois pouces trois quarts du méat urinaire. La cautérisation fut pratiquée de suite avec le porte-caustique modifié. Pendant l'opération le malade ne témoigna pas la moindre douleur; cependant il la redoutait. Pendant les quatre jours qui suivirent, repos, bains ; expulsion de l'escharre. Le 16, le premier rétrécissement était détruit complètement ; mais on en reconnut un second à quatre pouces un quart. (Cautérisation.) Le 23, nouvel indice d'un troisième rétrécissement à cinq pouces. (Cautérisation.) Le 28, un quatrième rétrécissement s'est offert à cinq pouces trois quarts ; on n'a pu le faire céder qu'à trois applications

de caustique. Le 17 avril, il fallut cautériser le deuxième rétrécissement, qui n'était pas détruit entièrement.

Depuis cette époque on ne cautérisa plus. (Dilatation.) Aujourd'hui 24, introduction facile de bougies n°, 13 : netteté parfaite à leur surface, ce qui ne permet pas de douter que M. ..... ne soit parfaitement guéri. J'ai vu, il y a peu de jours, la personne qui fait le sujet de cette observation : elle va très-bien.

IIe. obs. M. G....., rentier à Montbar, avait deux rétrécissemens, sur lesquels un célèbre chirurgien, M. *Cullerier*, fit douze applications de caustique avec les instrumens de *Ducamp*. Le malade ne se sentit jamais bien guéri. Le 12 avril dernier, M. G..... vint se confier aux soins de M. *Ségalas*. Un rétrécissement considérable (la cire était fort amincie à son extrémité) était situé à quatre pouces : en deux applications de caustique il fut détruit. Le 18, une sonde exploratrice, introduite dans le canal, fut arrêtée à cinq pouces un quart, et rapporta une empreinte bifurquée à deux tiges d'inégale longueur, ce qui indiquait évidemment une fausse route. Trois cautérisations, dont deux dirigées sur la cloison intermédiaire à la division, avec le nouveau porte-caustique, furent nécessaires pour détruire le rétrécissement et l'accident qui le compliquait. Une seule application de caustique fit céder un dernier rétrécissement, qui siégeait à six pouces. Le 11 mars, la dilatation, qu'on avait déjà commencée, fut continuée avec la plus grande exactitude pendant douze jours. Au bout de six semaines de traitement la cure des rétrécissemens était complète.

Chez ce malade, on retrouve le résultat des instrumens défectueux ; aussi douze cautérisations, quoique dirigées par une main habile, n'ont jamais procuré qu'une guérison imparfaite et ont laissé une fausse route. Plus tard, M. *Ségalas* a obtenu un plein succès par six applications, toutes avec son nouveau porte-caustique.

IIIe. obs. M. H....., marchand boucher, rue Passementier-Popincourt, eut plusieurs rétrécissemens, qui furent traités par les bou-

gies, et dont l'usage fut continué sans interruption pendant cinq mois. Cette belle patience du malade lui valut le recouvrement de l'excrétion facile de l'urine. Mais cet état ne fut pas de longue durée, car, quatre mois après, les signes de rétrécissement reparurent. M. *Ségalas*, que le malade vint consulter, ne parvint qu'avec beaucoup de peine à introduire dans l'urètre une bougie de cire n°. 2. Il existait un premier rétrécissement à quatre pouces et demi, et un second à cinq pouces. M. H....., fut soumis une seconde fois à la dilatation par M. *Ségalas* lui-même; mais il y avait à peine dix jours qu'elle était terminée, quand il est venu réclamer le caustique, déjà mis en usage avec un plein succès chez plusieurs de ses amis.

IV^e^. OBS. M. F....., référendaire à la Cour des comptes, fit appeler, dans l'année 1824, M. *Ségalas*, pour le traiter d'une rétention d'urine. Ce magistrat, âgé de soixante-quatre ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux, d'une irritabilité très-grande, ayant été déjà opéré de sarcocèle par M. le professeur *Marjolin*, portait un rétrécissement à cinq pouces et demi. En raison des conditions défavorables dans lesquelles le malade se trouvait, M. *Ségalas* n'osa pas avoir recours à la cautérisation; il employa des sondes, puis des bougies, dont il continua l'usage pendant un mois, au bout duquel l'introduction d'une bougie n°. 13 était facile. Un mois après, l'excrétion de l'urine étant devenue presque impossible, M. *Ségalas* se décida à cautériser. Une seule cautérisation, puis une dilatation de quelques jours, ont suffi pour assurer à ce vieillard une guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

Ne voulant annoncer rien dont je ne me fusse assuré par moi-même, j'ai fait, le 12 juin de cette année, une visite à M. F....., qui m'a affirmé n'avoir jamais observé, depuis 1824, de dérangement dans le cours de ses urines. Cette observation, que j'emprunte à l'ouvrage de M. *Ségalas*, parle beaucoup, ce me semble, en faveur de la cautérisation; car on voit un homme âgé, placé dans de mauvaises conditions, chez lequel la dilatation a déjà échoué, être guéri par un

autre mode de traitement. Voilà six années que l'opération a été faite.

Traitement par incision.

Comme nous l'avons fait observer, il y a des rétrécissemens qui ne peuvent être guéris ni par la dilatation, ni par la cautérisation. Cela tient, avons-nous dit, ou à leur siége, ou à leur nature. Pour remédier à cette insuffisance des deux autres modes de traitement, quelques praticiens ont pensé qu'on pourrait mieux faire pour la cure de ces rétrécissemens, si on parvenait à porter sur eux un instrument tranchant. C'est afin d'arriver à ce but, qu'un chirurgien distingué, M. *Amussat*, a proposé un nouvel instrument, sous le nom d'*urétrotome* : nous nous en occuperons dans un instant. Les rétrécissemens situés près de l'orifice du gland sont du nombre de ceux qui exigent, pour leur destruction, l'emploi d'un instrument vraiment tranchant. On peut se servir du bistouri ordinaire ou d'un bistouri à lames cachées, comme l'emploie M. *Ségalas*. Ce dernier instrument n'est qu'une modification du lithotome caché du frère *Côme*. Son application est facile : lorsqu'on l'introduit dans l'urètre, sa lame est dans un conducteur. Arrivé à la profondeur à laquelle on veut agir, on appuie sur une bascule qui fait sortir la lame; on tire ensuite l'instrument dans une direction droite, l'incision se trouve faite. La conduite à tenir après cette opération, consiste à cautériser les parties divisées, ou à maintenir à demeure, pendant quelques jours dans l'urètre, une forte sonde.

L'urétrotome de M. *Amussat*, qui est destiné à agir sur les rétrécissemens anciens, calleux et situés profondément, consiste en huit ou dix lames taillées sur la surface d'une olive, et portées à l'extrémité d'une sonde métallique droite ; un stylet, passant par le centre de l'olive, terminé, à sa partie inférieure, par un volume plus considérable que l'ouverture de la sonde, est destiné à servir de conducteur à ces lames.

Comme on le voit, l'olive de l'urétrotome, qui est tranchante dans

tous les sens, n'est point recouverte d'une gaîne : or, comment supposer qu'un instrument, dont le tranchant est toujours à nu, puisse arriver jusqu'au rétrécissement, sans intéresser les parties saines qui lui sont antérieures? Et encore si la coarctation n'occupe qu'un des côtés du canal, comment le côté opposé sera-t-il préservé de l'action des lames de cet instrument? Ce dernier inconvénient de l'urétrotome serait facile à réparer; mais si l'obstacle est considérable, l'olive tranchante et assez volumineuse, quand elle est poussée d'avant en arrière, doit agir sur des parties affaissées sur elles-mêmes, par conséquent sans précision. Une observation consignée dans l'ouvrage de M. *Ségalas* montre le danger de cet instrument : quatre fistules, une au périnée, deux au pubis et une sur le dos de la verge, ont été le résultat de son application, faite cependant par une main bien exercée. (Cent vingt-cinquième observation.)

Je considère donc l'urétrotome de M. *Amussat* comme défectueux; et je n'hésite pas à lui préférer celui que M. *Ségalas* a fait paraître il y a quelque temps. Ce dernier est loin de porter avec lui les inconvéniens du précédent.

L'*urétrotome de* M. Sègalas est composé de trois tubes et d'un stylet boutonné : le premier tube offre à son extrémite urétrale six lames disposées à se porter de dedans en dehors, en raison de la forme première qu'on leur a donnée. De ces six lames, deux, trois ou quatre sont tranchantes et les autres émoussées; tantôt elles sont toutes parfaitement trauchantes. Cette disposition, qui ne peut se retrouver que sur des tubes de rechange, sert à remplir une condition importante, celle d'inciser l'un des côtés seulement du canal ou toute sa circonférence, selon l'indication. Le deuxième tube sert de gaîne aux lames, et les maintient à couvert pendant l'entrée et la sortie de l'instrument dans l'urètre. Le troisième tube remplit les fonctions de conducteur. Le stylet porte à son extrémité un bouton destiné à tenir les lames écartées. Pour l'application de cet instrument, ont ait entrer le tube à lames dans le tube qui sert de gaîne, et celui-ci dans le tube conducteur. Le stylet boutonné est placé ensuite

dans l'intérieur du premier tube, et ferme, pour le moment, l'orifice du conducteur.

L'urétrotome ainsi disposé, on le porte dans son ensemble jusqu'à l'obstacle; arrivé là, on arrête le conducteur, tandis qu'on pousse les deux autres tubes, et avec eux le stylet, afin de les introduire en même temps dans le rétrécissement. Lorsque celui-ci est une fois franchi, on ramène le tube à gaîne dans son conducteur; par cette retraite, les lames sont mises à nu; on tire ensuite sur le stylet, de manière que le bouton s'engage entre celle-ci; après cela on exerce une traction, et l'incision se trouve faite d'arrière en avant, lorsque les lames sont ramenées au-devant de la coarctation, ce dont on est averti par la sensation d'une résistance vaincue. L'opération achevée, on fait rentrer toutes les pièces dans le conducteur, après quoi on retire l'instrument. Immédiatement après avoir incisé, il est essentiel de mettre une fois le caustique en contact avec les parties divisées, et de fixer à demeure, pendant quelques jours, une sonde ou une bougie.

Cet instrument n'a plus, comme celui de M. *Amussat*, le grave inconvénient de blesser les parties saines, soit dans sa retraite, soit dans sa progression, ni d'inciser d'avant en arrière, et d'agir ainsi sur des parties affaissées. L'urétrotome de M. *Ségalas*, dont j'ai vu l'application sur plusieurs malades qui avaient des rétrécissemens calleux, et chez lesquels la dilatation et la cautérisation avaient échoué, a jusqu'à présent toujours conduit à de brillans résultats. Ma position auprès de cet habile et excellent praticien m'ayant mis à même de recueillir plusieurs observations de guérison par ce dernier mode de traitement, je vais en citer deux, et c'est par là que je terminerai cette dissertation.

I^re^. OBS. M. C...., négociant, vieille rue du Temple, portait, depuis plusieurs années, un rétrécissement situé à deux pouces, qui à des époques différentes fit échouer cinq applications de caustique dirigées par M. le docteur *Sanson*, et quatre ou cinq autres par M. *Ségalas*.

Était-ce le cas d'avoir recours à l'urétrotome ? Le 10 mai, l'opération fut pratiquée ; et, immédiatement après, le caustique fut porté sur les parties incisées. Le malade garda pendant cinq jours de suite une bougie conique, après quoi les bougies de cire n'apportèrent plus d'empreinte. Aujourd'hui, le malade va très-bien.

IIe. obs. Un fabriquant de plaqué avait été traité par différens médecins par dilatation, et plusieurs fois par cautérisation ; jamais le rétrécissement qu'il portait n'avait paru vouloir céder au traitement le plus méthodique. M. *Ségalas*, qui vit le malade en dernier lieu, cautérisa plusieurs fois, mais toujours sans succès ; il se décida alors à mettre à l'épreuve les avantages de l'utrétrotome. L'opération fut faite, et cinq jours après les bougies emplastiques ne rapportaient plus aucune empreinte, comme auparavant. Ce traitement eut lieu au mois de janvier dernier. J'ai vu cet homme ; il m'a assuré que son état était parfait.

Je me résume, et dis :

1°. Que la dilation peut être suivie de succès, lorsque le rétrécissement est nouveau et qu'il n'est point de nature calleuse.

2°. Que la cautérisation réussit dans la majorité des cas chez les hommes jeunes ou vieux, sur les coarctations récentes ou anciennes. Toutefois j'y joindrai cette restriction, qu'il faut qu'elle soit dirigée par une main habile, et que l'opérateur ait su faire avec discernement le choix d'un bon instrument.

3°. Que l'incision sera utile lorsque l'une et l'autre méthode auront échoué.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

Quibus pars aliqua coporis dolet, neque omninò dolorem sentiunt, iis mens ægrotat. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5

IV.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea incurabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

V.

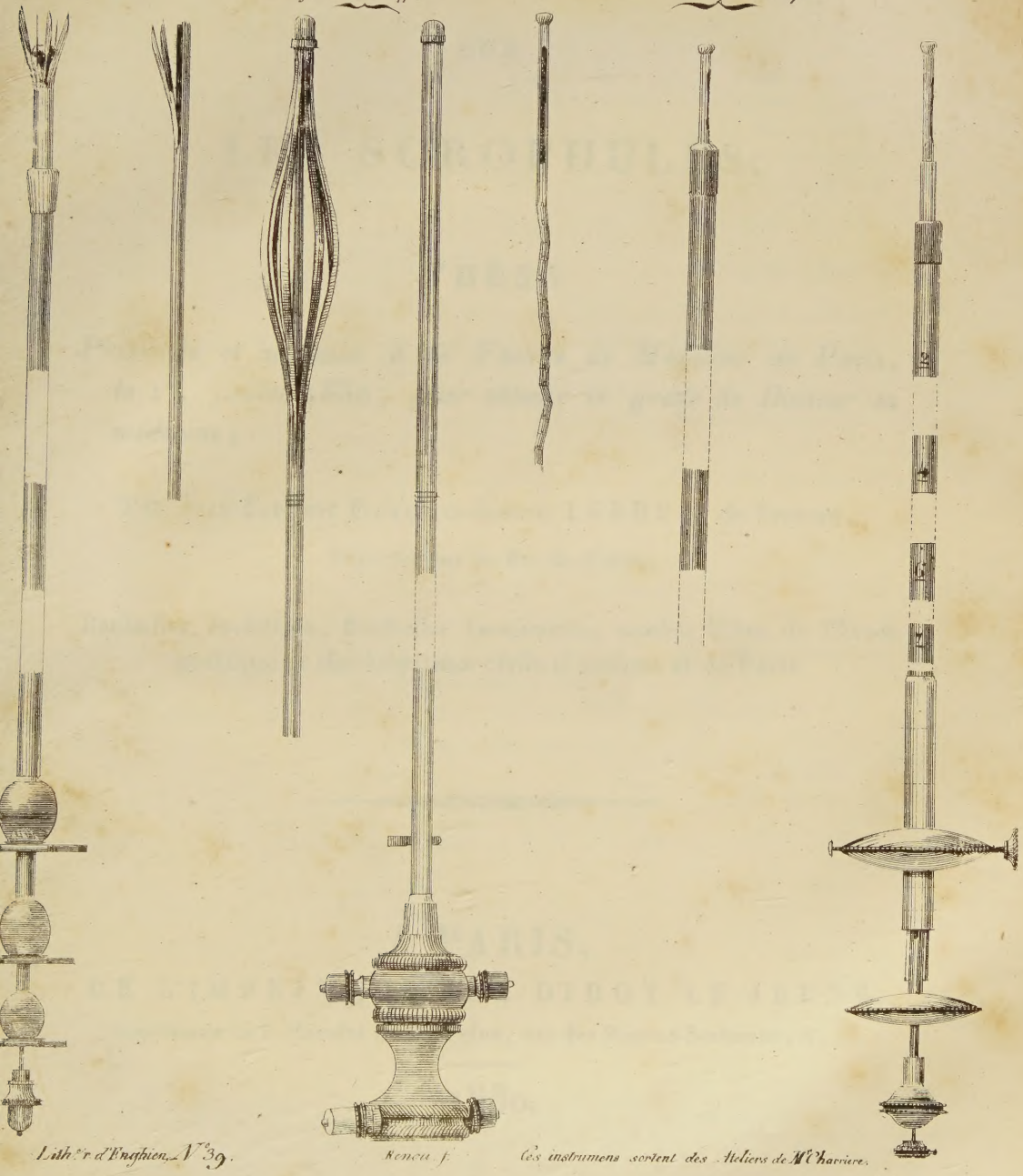
Ad extremos morbos, extrema remedia optimè exquisita. *Sect.* 1, *aph.* 6.

Nouveaux instrumens de M Ségalas.

Uréthrotôme.

Dilatateur
dégarni de son enveloppe

Porte — Caustique



Lith.re d'Englien N.o 39.

Renou f.

Ces instrumens sortent des Ateliers de M.e Charrière.